Ein Fall von Tubenkarzinom mit Hydrosalpinx und Hydrometra

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Karl Grabisch

aus Sorge, Oberschlesien.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 14. November 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

143

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n: Prof. Dr. **Bonhoeffer**
R e f e r e n t e n: Prof. Dr. **Bumm**
Prof. Dr. **Meyer**

41 jährige Frau, die im Lauf des Lebens Ruhr, Typhus, Pocken und zweimal Brustfellentzündung durchgemacht hat. In letzter Zeit unregelmäßige und starke Menses, seit etwa 11 Tagen leicht erhöhte Temperatur, Schmerzen im Leib und mäßige Blutungen.

Die Untersuchung ergibt: Metrorrhagie, Uterus myomatosus, Tumor acenexis dexter.

Operationsbefund vom 3. VI. 20: vergrößerter myomatöser Uterus, faustgroßer Tumor an Stelle der rechten Adnexe, bestehend aus erweiterter Tube und Ovarium.

Totalexstirpation.

Nachuntersuchung am 14. II. 21 ergibt ein Carcinoma recidivum in der linken Scheidenecke. Radiumbehandlung.

Das bei der Operation gewonnene Präparat wurde in Formalin gehärtet und zeigt ein verdicktes Corpus uteri mit einigen kleinen intramuralen Myomen. Das leicht erweiterte Uteruscavum enthält schmutzig-weißliches, gallertiges Sekret. Isthmus stenotisch. Rechte Tube im mittleren und abdominellen Teil bis zu einem Umfang von 20 cm sackartig aufgetrieben. Abdominelles Ende verschlossen. Leichte Adhäsionen mit dem rechten Ovarium.

Die mikroskopischen Schnitte zeigen eine stark verdünnte Tubenwand, die aus glatter Serosa, sowie weitschichtigen fibrilleren Bindegewebs- und Muskelfasern besteht. Auf den teilweise leicht infiltrierten Muskel- bezw. Bindegewebsfasern sitzt mehrschichtiges, teil kubisches, teils niedrig zylindrisches Epithel auf, das stellenweise wulst- und papillenartig in das Tubenlumen vorspringt. Teilweise drängen sich die Epithelzellen zwischen die Muskel- und Bindegewebsschichten ein und umkleiden hier drüsenähnliche Räume. Einzelne Partien im Tubenlumen bieten das Bild fortgeschrittener Nekrose mit spärlicher Kernfärbung. Im r. Eierstock keine typischen epithelialen Bildungen, nur in Adhäsionen mit der Tubenwand erheben sich auf Bindegewebszügen, die mit der aufgelockerten Tubenwand zusammenhängen, ade-

nomatöse Tumormetastasen. In Schnitten durch die Uteruswand keine typischen Epithelwucherungen, nur zeigt sich im Cavum uteri eine homogene Masse, in die am Rande der Mucosa Kerne von Epithelzellen und Trümmer von Gewebs- und Leukozytenkernen eingestreut liegen.

Es handelt sich hier um ein primäres Tubenkarzinom mit drüsenähnlichem, teilweise diffus medullärem Bau, ausgehend von dem Schleimhautepithel der rechten Tube und kleinen Metastasen in tubo-ovariellen Bindegewebsadhäsionen.

Genetisch wird der chronisch-entzündliche Reiz mit der dazugehörigen Altersdisposition in Frage kommen.

Die Prognose muß als ungünstig gestellt werden, da Rezidive erfahrungsgemäß binnen kurzem aufzutreten pflegen.

Therapeutisch kommt bisher nur die Radikaloperation mit Ausräumung der dazu gehörigen Drüsen in Betracht.